

Ocena zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych oraz funkcjonowania mieszkańców domów opieki z rozpoznaniem otępieniem

Assessment of behavioural and psychotic symptoms and functional status of nursing home residents with a diagnosis of dementia

Leszek Bidzan, Mariola Bidzan¹

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan

¹ Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

Dyrektor: prof. dr hab. M. Plopa

Summary

Aim. This study sought to determine the relationship between behavioural and psychopathological disturbance and the functional status of dementia patients.

Method. The link between results of the Neuropsychiatric Inventory – Nursing Home Version (NPI – NH) and Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) with cognitive impairment in 23 demented and 30 non-impaired nursing home residents was examined. Diagnosis of dementia was based on ICD-10 criteria.

Results. Results showed that behavioural and psychotic symptoms were most often found in cognitively impaired residents. Several symptoms of behavioural pathology showed associations with lower cognitive status, including delusions, apathy and aberrant motor behaviour. But dementia was not associated with more aggressive behaviours.

Conclusion. Results of NPI-NH were correlated significantly with the MOSES scale in both groups.

The results suggest that some non-cognitive symptoms may be related to the cognitive dysfunction in dementia and behavioural pathology may also have impact on the patient's ability to function.

Słowa kluczowe: zaburzenia zachowania i objawy psychopatologiczne, funkcje poznawcze, funkcjonowanie

Key words: behavioural and psychopathological symptoms, cognitive impairment, functional status

Deterioracja w zakresie funkcji poznawczych należy do podstawowych objawów otępienia, w przebiegu demencji występuje jednak szereg innych objawów, które również w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie chorego. Upośledzenie funkcjonowania determinowane jest zarówno głębokością otępienia, jak i obecnością objawów nie związanych bezpośrednio z funkcjami poznawczymi – nazywanych zaburzeniami

zachowania i objawami psychotycznymi (z. z. o. p.) – takich, jak zaburzenia psychotyczne, agresja, pobudzenie, zaburzenia nastroju, zaburzenia snu, wędrowanie i wiele innych [1]. Stopień głębokości demencji może wpływać na rodzaj specyficznych zachowań chorych [2, 3]. Przykładowo, postuluje się związek zaburzenia nastroju z zachowaniami agresywnymi [4]. Powyższa zależność jest jednak przez część badaczy kwestionowana [5]. Na funkcjonowanie osób otępiątych niewątpliwie wpływ mają również i inne czynniki, takie jak osobowość przedchorobowa, wiek oraz płeć [6, 7, 8, 9]. Niejednokrotnie gwałtowna zmiana w zachowaniu może być wynikiem zaburzeń świadomości [10]. Określenie znaczenia roli poszczególnych czynników dla funkcjonowania osób otępiątych jest ważne dla właściwego postępowania terapeutycznego.

Celem podjętych badań była ocena występowania z. z. o. p. oraz zaburzeń funkcjonowania osób przebywających w domach opieki. Badaniem objęto pensjonariuszy z rozpoznanym otępieniem oraz grupę osób bez cech demencji (grupa kontrolna).

Metoda

Kwalifikację do badań przeprowadzono wśród wszystkich mieszkańców domu pomocy społecznej w Gdyni, w wieku powyżej 60 lat, przebywających tam w dniu 01.01.2005 r. (łącznie liczba mieszkańców 92). Do badań ostatecznie zakwalifikowano 23 osoby, u których rozpoznano otępienie, oraz 30 mieszkańców nie spełniających kryterium rozpoznania otępienia (grupa kontrolna).

Wstępna procedura włączenia do badania obejmowała uzyskanie zgody na udział w nim oraz wstępną ocenę kryteriów wykluczających z niego, tj. obecność w chwili badania lub w wywiadzie jednej z następujących chorób: choroby afektywnej, schizofrenii, alkoholizmu, uzależnienia od leków lub środków odurzających, padaczki, choroby Parkinsona, upośledzenia umysłowego; obecność w chwili badania zaburzeń świadomości, schorzenia narządu ruchu, wzroku i słuchu istotnie utrudniających wykonywanie poleceń i procedur zawartych w stosowanych skalach klinicznych; poważne schorzenia somatyczne, zwłaszcza w fazie dekompensacji. Warunkiem włączenia było uzyskanie w badaniu MMSE wyniku poniżej 24 pkt. i posiadanie wykształcenia min. podstawowego oraz nieprzyjmowanie w ciągu ostatnich 14 dni leku o działaniu psychotropowym.

Do dalszego etapu badań zakwalifikowano 61 osób, u których przeprowadzono postępowanie diagnostyczne w kierunku rozpoznania lub wykluczenia otępienia.

Każda z osób została poddana szczegółowemu badaniu klinicznemu, które obejmowało strukturalizowany wywiad, badanie psychiatryczne, internistyczne wraz z konsultacją neurologiczną. Ponadto w zakres postępowania diagnostycznego wchodziło przeprowadzenie oceny psychometrycznej nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych oraz umiejscowienie zmian w o. u. n. Wszyscy mieli wykonane rutynowe badania hematologiczne i biochemiczne. Większość miała w ciągu 24 miesięcy poprzedzających włączenie do badania wykonane badanie neuroobrazowe. W uzasadnionych klinicznie przypadkach podejrzenia zaburzeń funkcji gruczołu tarczowego, niedokrwistości lub innych zaburzeń wykonywano odpowiednie badania. Osoby, u których, pomimo klinicznego podejrzenia obecności zaburzeń somatycznych, z różnych przyczyn nie udało się zakończyć procesu diagnostycznego, nie były włączane do badań. Nie włączano również tych, u których dane z wywiadu, badanie kliniczne lub procedury dodatkowe wskazywały na możliwą obecność swoistych przyczyn otępienia.

Ostatecznie 23 mieszkańców domu opieki, spełniających kryteria rozpoznania otępienia zgodnie z ICD-10 [11], zostało zakwalifikowanych do badania.

Drugą grupę (kontrolną) ($n = 30$) stanowiły osoby, u których na podstawie kryteriów ICD-10 wykluczono otępienie. W grupie tej obowiązywały takie same procedury diagnostyczne jak w przypadku osób otępiających – strukturalizowany wywiad, badanie psychiatryczne, internistyczne, wraz z konsultacją neurologiczną, oraz ocena psychometryczna. Dodatkowym kryterium przy włączaniu do grupy kontrolnej, oprócz wykluczenia otępienia według kryteriów ICD-10, było nieprzyjmowanie w ciągu ostatnich 14 dni leku o działaniu psychotropowym.

W badaniu zastosowano następujące skale kliniczne:

– Do oceny funkcji poznawczych użyto Mini Mental State Examination [12]: zakres oceny od 0 (nasilone otępienie) do 30 (pełna sprawność funkcji poznawczych) punktów. Z uwagi na wpływ na wynik w tej skali wieku oraz wykształcenia uzyskane wyniki (wyniki surowe) zostały przeliczone z uwzględnieniem tych zmiennych. Przeliczenia dokonano według wzoru zaproponowanego przez Mungasa i wsp. [13], sprawdzonego w warunkach polskich przez Józwiaka i wsp. [14]. W analizie statystycznej posługiwano się wynikami przeliczonymi (MMSE-C).

– Do oceny funkcjonowania użyto Wielowymiarowej Skali Obserwacji Badanych w Podeszłym Wiek (Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) – opracowanej przez Helmes E, Csapo KG, Short JA [15, 16]. Skala ta służy do oceny funkcjonowania, z uwzględnieniem zarówno aspektów związanych bezpośrednio z czynnościami poznawczymi, jak i szeroko pojętych czynności psychosocjalnych. Obejmuje oceną 40 aspektów funkcjonowania, zakres oceny dla każdego z nich wynosi od 1 (brak zaburzeń) do 4 (skrajnie zaburzone funkcjonowanie). Szczegółowe przedstawienie funkcji podlegających ocenie zawiera tabela 2. Standaryzacji i walidacji skali autorzy dokonali na podstawie wielośrodkowego badania prowadzonego w populacji osób przebywających w instytucjach opieki stacjonarnej (szpitale i domy opieki). Uzyskane współczynniki potwierdziły jej wystarczającą rzetelność oraz trafność [16]. W badaniu posługiwano się polską wersją językową. Wstępna ocena potwierdziła rzetelność narzędzia – ocena zgodności wewnętrznej: 0,96; ocena powtarzalności (test retest reliability): 0,81; ocena porównywalności (interrater reliability): 0,90 [17].

– Nasilenie zaburzeń behawioralnych i objawów psychotycznych oceniono na podstawie Inwentarza Neuropsychiatrycznego – wersji dla domów opieki (Neuropsychiatric Inventory – Nursing Home Version) (NPI), będącego wersją NPI opracowanego przez Cummingsa i wsp. [18, 19]. Inwentarz Neuropsychiatryczny w stosowanej w badaniu wersji zawiera ocenę 12 kategorii (wymienionych w tab. 3). Dla każdej z kategorii dokonuje się oceny w stosunku do częstotliwości w skali czterostopniowej (1 – sporadycznie, 4 – bardzo często) i głębokości (nasilenia) zaburzeń w skali trzystopniowej (1 – łagodne, 3 – głębokie). Niektóre wersje skali zawierają jeszcze ocenę wpływu stwierdzanych zaburzeń na otoczenie (dokuczliwość), której nie analizowano w prezentowanych badaniach.

W ocenie rzetelności i trafności NPI uzyskał wysokie wartości [18].

W ocenie rzetelności polskiej wersji językowej uzyskano następujące wartości: ocena zgodności wewnętrznej – 0,92; ocena powtarzalności (test retest reliability) – 0,69; ocena porównywalności (interrater reliability) – 0,85 [20].

W analizie statystycznej porównano wyniki uzyskane w grupie osób z rozpoznaniem otępieniem z wynikami osób z grupy kontrolnej. Wykorzystano w tym celu test dla dwóch średnich niezależnych – dla zmiennych o uporządkowaniu parametrycznym (wiek oraz wyniki globalne stosowanych skal) i test Manna–Whitneya – dla zmiennych porządkowych (wyniki w poszczególnych kategoriach skal). Przyjęto przedział dwustronny. Za poziom istotny statystycznie przyjęto p mniejsze lub równe 0,05.

Wyniki

W tabelach 1, 2 i 3 przedstawiono średnie wyniki uzyskane w porównywanych grupach, które różniły się wiekiem, natomiast nie było między nimi różnic pod względem poziomu wykształcenia i rozkładu płci. Podano wyniki ogólne stosowanych skal (MMSE-C, MOSES i NPI-NH). Dla lepszej ilustracji stwierdzonych zależności w tabeli 2 i 3 wyniki uzyskane w badaniu za pomocą skal MOSES i NPI przedstawiono jako wartość średnią, ale z uwagi na porządkowy charakter zmiennych poddano je analizie, stosując test Manna–Whitneya.

Tabela 1

Średni wiek i poziom wykształcenia (w latach nauki) oraz średnie wyniki globalne skal MMSE-C, MOSES i NPI-NH uzyskane w grupie osób otępiiałych oraz w grupie referencyjnej. Wyniki porównano za pomocą testu dla dwóch średnich niezależnych (wartości t)

	Średnia – osoby otępiiałe	SD – osoby otępiiałe	Średnia – grupa kontrolna	SD – grupa kontrolna	t	p
	$n = 23$		$n = 30$			
Wiek	77,26	11,06	71,20	9,76	2,11	0,04
MMSE-C	17,21	3,35	27,28	2,05	-13,52	0,00
MOSES	83,04	18,98	57,67	8,82	6,48	0,00
NPI-NH	21,74	12,66	13,30	9,67	2,75	0,01
Wykształcenie	10,35	2,62	10,03	2,87	0,41	0,68

Tabela 2

Wyniki w poszczególnych kategoriach skali MOSES (Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects) uzyskane w grupie osób otępiiałych oraz w grupie kontrolnej. Porównania wyników obu grup dokonano za pomocą testu Manna–Whitneya (wartość Z)

	Średnia – osoby otępiiałe	Średnia – grupa kontrolna	Z	p
1. Ubieranie się	2,43	1,23	4,03	0,00
2. Kąpiel	3,22	1,90	4,86	0,00
3. Dbłość o wygląd	3,09	1,73	5,11	0,00
4. Niekontrolowanie czynności fizjologicznych	2,87	1,67	3,61	0,00
5. Korzystanie z toalety	2,48	1,27	4,18	0,00

6. Mobilność fizyczna	1,74	1,33	1,53	0,13
7. Kładzenie się do łóżka i wstawanie	1,78	1,10	2,09	0,04
8. Stosowanie ograniczników (np. poręczce na łóżko)	1,17	1,00	0,54	0,59
9. Rozumienie komunikacji (w postaci mowy, pisma lub gestów)	1,57	1,00	2,69	0,01
10. Mowa	1,87	1,03	4,13	0,00
11. Odnajdywanie drogi wewnątrz budynku	2,22	1,00	3,77	0,00
12. Rozpoznawanie personelu	1,57	1,00	2,15	0,03
13. Świadomość miejsca	1,52	1,00	2,15	0,03
14. Świadomość czasu	1,61	1,00	3,23	0,00
15. Pamięć dotycząca ostatnich wydarzeń	2,57	1,30	4,70	0,00
16. Pamięć dotycząca ważnych minionych wydarzeń	2,61	1,43	4,37	0,00
17. Widoczny smutek i przygnębienie	2,61	1,97	3,48	0,00
18. Komunikowanie smutku i depresji	1,78	1,63	0,13	0,90
19. Smutny i przygnębiony głos	2,35	1,90	2,23	0,03
20. Widoczne zmartwienie i niepokój	2,30	2,00	1,29	0,20
21. Komunikowanie zmartwienia i niepokoju	1,83	1,57	0,61	0,54
22. Płacz	1,65	1,13	2,48	0,01
23. Pesymizm względem przyszłości	2,04	1,70	0,69	0,49
24. Wewnętrzny niepokój dotyczący własnej osoby	1,65	1,67	-0,36	0,72
25. Współpraca z opieką pielęgniarstwa	1,43	1,03	1,97	0,05
26. Reakcja na prośby i polecenia personelu	1,30	1,03	1,16	0,25
27. Drażliwość	2,00	1,63	0,08	0,94
28. Reakcje na frustracje	1,48	1,23	1,04	0,30
29. Słowne obelgi pod adresem personelu	1,22	1,20	-0,11	0,91
30. Słowne obelgi pod adresem innych pensjonariuszy	1,48	1,47	-0,34	0,73
31. Fizyczna przemoc w stosunku do innych	1,13	1,10	0,37	0,71
32. Prowokowanie kłótni z innymi pensjonariuszami	1,52	1,53	-0,10	0,92
33. Preferowanie samotności	1,96	2,13	0,57	0,57
34. Inicjowanie kontaktów towarzyskich	2,87	1,97	4,01	0,00
35. Reagowanie na kontakty towarzyskie	2,65	1,90	3,55	0,00
36. Przyjaźnie z innymi pensjonariuszami	2,39	1,63	2,69	0,01
37. Zainteresowanie codziennymi wydarzeniami	2,57	1,37	4,74	0,00
38. Zainteresowanie wydarzeniami ze świata zewnętrznego	2,65	1,43	4,58	0,00
39. Znajdowanie sobie zajęcia	2,65	1,20	4,68	0,00
40. Pomaganie innym pensjonariuszom	3,22	2,23	3,53	0,00

Tabela 3

Wyniki w poszczególnych kategoriach skali NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory – Nursing Home Version) uzyskane w grupie osób otepiałych oraz w grupie kontrolnej. Porównania wyników obu grup dokonano za pomocą testu Manna–Whitneya (wartość Z)

	Średnia – osoby otepiałe	Srednia – grupa kontrolna	Z	p
A. UROJENIA				
Częstotliwość:	0,52	0,03	1,97	0,05
Nasilenie:	0,43	0,03	1,97	0,05
B. HALUCYNACJE				
Częstotliwość:	0,48	0,03	1,70	0,09
Nasilenie:	0,35	0,03	1,69	0,09
C. POBUDZENIE/AGRESJA				
Częstotliwość:	0,57	0,33	0,90	0,37
Nasilenie:	0,43	0,27	0,88	0,38
D. DEPRESJA/DYSFORIA				
Częstotliwość:	0,52	0,23	0,95	0,34
Nasilenie:	0,35	0,20	0,83	0,40
E. NIEPOKÓJ				
Częstotliwość:	0,83	1,20	-1,47	0,14
Nasilenie:	0,61	0,97	-1,75	0,08
F. PODWYŻSZENIE NASTROJU/EUFORIA				
Częstotliwość:	0,30	0,37	-0,13	0,90
Nasilenie:	0,35	0,33	-0,04	0,96
G. APATIA/OBOJĘTNOŚĆ				
Częstotliwość:	1,83	0,90	2,55	0,01
Nasilenie:	1,39	0,67	2,56	0,01
H. ROZHAMOWANIE				
Częstotliwość:	0,04	0,17	-0,36	0,72
Nasilenie:	0,04	0,13	-0,36	0,72
I. DRAŻLIWOŚĆ/CHWIEJNOŚĆ EMOCJONALNA				
Częstotliwość:	0,78	0,87	-0,50	0,62
Nasilenie:	0,61	0,73	-0,74	0,46
J. NIENORMALNE ZACHOWANIE MOTORYCZNE				
Częstotliwość:	0,65	0,00	1,88	0,06
Nasilenie:	0,57	0,00	1,88	0,06
K. ZABURZENIA SNU I ZACHOWAŃ NOCNYCH				
Częstotliwość:	0,48	0,13	1,08	0,28
Nasilenie:	0,43	0,13	1,05	0,29
L. ZABURZENIA APETYTU I JEDZENIA				
Częstotliwość:	0,22	0,13	0,20	0,84
Nasilenie:	0,17	0,10	0,22	0,83

Omówienie

Ocena nasilenia zaburzeń psychopatologicznych u osób otępiałych i ich funkcjonowania społecznego związana jest z istotnymi ograniczeniami metodologicznymi. Zaburzenia pamięci, często istotne ograniczenia werbalne, wraz ze znaczną fluktuacją obrazu klinicznego, zmuszają do posługiwania się metodami opartymi na wielodniowej obserwacji badanego w jego miejscu pobytu. NPI należy obecnie do powszechnie akceptowanych narzędzi opisujących z. z. o. p. w przebiegu otępienia. W badaniach zastosowano adaptację NPI przeznaczoną do oceny pensjonariuszy domów opieki [19]. Kolejnym problemem metodologicznym, związanym z oceną funkcjonowania osób otępiałych, jest częste zawężanie tej oceny do czynności elementarnych, codziennych, co czyniono w wielu wcześniejszych badaniach. Tymczasem na rzeczywistą ocenę funkcjonowania wpływa również wiele elementów złożonych, istotnych dla otoczenia, np. kontakty towarzyskie lub przejawiane zainteresowania. Skala MOSES opracowana przez Helmesa i wsp. [16] umożliwia wielowymiarową ocenę funkcjonowania i jest przydatna do badania pensjonariuszy domów opieki. Trzecim narzędziem zastosowanym w badaniach była skala MMSE, która służy do orientacyjnej oceny nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych. Wynik MMSE jest uzależniony od wykształcenia oraz wieku osób badanych. Osoby posiadające wyższe wykształcenie uzyskują w badaniu MMSE nieco lepsze wyniki w porównaniu z osobami o podobnym poziomie funkcji poznawczych, ocenianych innymi metodami. Z badań Cruma i wsp. [21] wynika, że różnice w wynikach skali MMSE pomiędzy osobami – z podobnym poziomem zaawansowania zmian otępiennych – z wykształceniem wyższym i średnim a osobami z wykształceniem podstawowym mogą wynosić około 2 punktów. Z uwagi na wpływ poziomu wykształcenia oraz wieku na wynik testu MMSE uzyskane wyniki (wyniki surowe) zostały przeliczone z uwzględnieniem tych zmiennych. Przeliczenia dokonano według wzoru zaproponowanego przez Mungasa i wsp. [13], sprawdzonego w warunkach polskich przez Józwiaka i wsp. [14]. Zastosowanie algorytmu Mungasa i wsp. umożliwiło rzeczywistą ocenę poziomu funkcji poznawczych w badanej populacji.

Zaburzone funkcjonowanie oraz objawy psychopatologiczne nie występują wyłącznie wśród osób otępiałych. W przeprowadzonych badaniach wprowadzono grupę kontrolną mieszkającą w takich samych warunkach, co umożliwiło wyeliminowanie z analizy szeregu niekontrolowanych zmiennych środowiskowych.

Porównanie osób otępiałych z grupą kontrolną ujawniło istotne różnice w zakresie analizowanych zmiennych. Oczywiście były różnice w odniesieniu do wieku (czynnik ryzyka otępienia) oraz nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych ocenianych na podstawie wyniku MMSE (wynik skorygowany MMSE-C), natomiast obydwie grupy nie różnicowała płeć ani posiadane wykształcenie (liczone w latach nauki). Wprawdzie zmienne te należą obok wieku również do czynników ryzyka otępienia, ale trudno oczekiwać, aby przy znikomych z epidemiologicznego punktu widzenia liczebnościach jakakolwiek zależność zastała uwidoczniła.

W świetle postawionych celów pracy najważniejsza była analiza dotycząca wyników uzyskanych w NPI i MOSES. Zarówno ogólne nasilenie z. z. o. p. (NPI), jak i stopień upośledzenia funkcjonowania (MOSES) istotnie odróżniały osoby otępiałe

od grupy kontrolnej. Nie jest to spostrzeżenie nowe, natomiast godny odnotowania jest brak różnic w odniesieniu do zachowań agresywnych. Dość powszechnie wskazuje się na dużą częstość zachowań agresywnych, sięgającą nawet 50%, w populacji osób z otępieniem [22]. Tymczasem, jak sugerują przeprowadzone badania, zaburzenie funkcjonowania wyrażające się w zachowaniach agresywnych ma dość często miejsce również u osób bez klinicznie istotnego obniżenia funkcji poznawczych. Można było na podstawie wcześniejszych prac oczekiwać, że jeżeli nie częstość występowania, to przynajmniej nasilenie zachowań agresywnych będzie różnicować badane grupy, tym bardziej, że niejednokrotnie wskazywano na związek pomiędzy głębokością otępienia a nasileniem agresji [23]. Jednak również nasilenie zachowań agresywnych oceniane za pomocą skali NPI było zbliżone w obydwu grupach. Z uwagi na niewielką liczebność badanych grup i nieuwzględnienie przyczyn otępienia, nie można wyciągnąć jednoznacznych wniosków, ale bez wątpienia zagadnienie to powinno być przedmiotem dalszych badań. Niewykluczone, że zachowania agresywne pojawiają się raczej epizodycznie w odpowiedzi na różnorodne czynniki, zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne [5, 10].

Ocena z. z. o. p. za pomocą NPI ujawniła różnice pomiędzy osobami otępiętymi a grupą kontrolną w odniesieniu do trzech kategorii zaburzeń: urojeń, apatii oraz nie-normalnych zachowań motorycznych. Objawy takie, jak stereotypowe, bezzasadne czynności oraz zanik aktywności i zainteresowań są typowe dla otępienia, co tłumaczy stwierdzone różnice. Większa częstość objawów psychotycznych w przebiegu otępienia podnoszona była wielokrotnie [24]. Natomiast nie stwierdzono różnic w odniesieniu do pozostałych kategorii ocenianych za pomocą skali NPI, co może wiązać się, o czym już wspomniano, z nieuwzględnieniem postaci etiologicznych otępień i niewielką liczebnością badanych grup oraz ze znacznym zróżnicowaniem nasilenia otępień. Niektóre z objawów z zakresu z. z. o. p. pojawiają się w pewnych okresach rozwoju otępienia, aby w innych ustąpić nowym. Przykładowo, zaburzenia depresyjne są bardziej typowe dla demencji naczyniowych o lekkim i umiarkowanym nasileniu [25].

Przeprowadzone badania ujawniły wpływ z. z. o. p. na funkcjonowanie społeczne osób otępiętych. Duże zróżnicowanie nasilenia otępień oraz nieuwzględnienie ich postaci etiologicznych w trakcie analizy powodowane małą liczebnością badanych grup, uniemożliwia obecnie wyciągnięcie jednoznacznych wniosków. Bardziej wiarygodną ocenę zależności pomiędzy różnymi postaciami zaburzeń funkcjonowania i z. z. o. p., szczególnie w odniesieniu do zachowań agresywnych, będzie można podjąć po powiększeniu grupy badanej oraz zastosowaniu specyficznych narzędzi badawczych umożliwiających dogłębną ocenę zachowań agresywnych.

**Оценка нарушений поведения и психотических симптомов, а также
функционирования жителей домов опеки с диагностированной деменцией**

Содержание

Задание. Предприняты исследования определения связи между утяжелением психопатологических симптомов и нарушениями поведения вместе с функционированием дементных пациентов.

Метод. Определена связь между нарушениями поведения и психологическими симптомами, оцененными Шкалой Neuropsychiatric Inventory Home Version (NPI-NH), функционированием пациентов по Шкале Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) и нарушением мнестических функций у 23 дементных пациентов и у 30 человек без симптомов деменции находящихся в доме опеки. Распознавание деменции проведено на основе критерий Межд. класс. болезней-10.

Результаты. Проведенные исследования указывают на факт, что психологические симптомы и нарушения поведения чаще появлялись в группе больных деменцией. Некоторые из симптомов были связаны с деменцией, к которым относились: бред, апатия и ненормальное поведение двигательной активности. Однако, не обнаружено связи между деменцией и усилением агрессивных поведений.

Выводы. Исследования шкалами NPI-NH и MOSES существенным образом коррелировали между собой в обеих группах исследованных. Результаты указывают на некоторые симптомы психопатологических нарушений на связь с нарушениями мнестических функций. Кроме того, психологические симптомы и нарушения поведения существенным образом влияют на функционирование исследованных лиц.

Beurteilung der Verhaltensstörungen, psychotischer Symptome und Funktionsweise der Bewohner der Pflegeheime mit der gestellten Diagnose Demenz

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Bestimmung des Zusammenhanges zwischen der Intensität der psychopathologischen Symptome und den Verhaltensstörungen und Funktionsweise der Patienten mit Demenz.

Methode. Man bestimmte den Zusammenhang zwischen den Verhaltensstörungen und psychopathologischen Symptomen, die mit der Skala Neuropsychiatric Inventory - Nursing Home Version (NPI - NH) beurteilt wurden, und zwischen der Funktionsweise nach der Skala Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) und der Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen bei 23 Patienten mit Demenz und 30 ohne Demenz aus einem Pflegeheim. Die Diagnose Demenz wurde nach den ICD - 10 Kriterien gestellt.

Ergebnisse. Die Ergebnisse zeigen darauf, dass die psychologischen Symptome und Verhaltensstörungen häufiger in der Gruppe der Personen mit Demenz auftraten. Manche von den Symptomen zeigten auf einen Zusammenhang mit der Demenz: es waren Wahnvorstellungen, Apatie und nicht normales motorisches Verhalten. Es wurde aber kein Zusammenhang zwischen der Demenz und der Intensität des aggressiven Verhaltens festgestellt.

Die Ergebnisse der Skalen NPI - NH und MOSES korrelierten signifikant miteinander in beiden untersuchten Gruppen.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse zeigen, dass manche der psychopathologischen Symptome einen Zusammenhang mit den Störungen der kognitiven Funktionen haben. Außerdem beeinflussen die psychologischen Symptome und Verhaltensstörungen signifikant das Funktionieren der untersuchten Personen.

L'estimation des troubles du comportement et des symptômes cognitifs ainsi que du fonctionnement des résidents des hospices des vieillards souffrant de la démence

Résumé

Objèctif. Les auteurs visent à déterminer les corrélations de l'intensité des symptômes psychopathologiques, des troubles du comportement et du fonctionnement des patients avec la démence.

Méthode. Cette corrélation est analysée avec les échelles : Neuropsychiatric Inventory – Nursing Home Version (NPI – NH), Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). On

examine les patients– résidents des hospices des vieillards (23 patients avec la démence, 30 sans la démence). La démence est diagnostiquée d'après les critères d'ICD-10.

Les résultats obtenus indiquent que les symptômes psychopathologiques et les troubles du comportement sont plus fréquents dans le groupe de patients avec la démence. Certains symptômes se lient avec la démence : illusions, apathie et les comportements moteurs aberrants. On ne trouve pas de corrélation de la démence et l'intensité de l'agression.

Résultats. Les résultats des échelles NPI-Nh et MOSES corrélient valablement dans les deux groupes analysés.

Conclusions. Ces résultats démontrent que certains symptômes psychopathologiques corrélient avec les troubles des fonctions cognitives. De plus les symptômes psychologiques et les troubles du comportement influent d'une manière importante sur le fonctionnement des personnes examinées.

Piśmiennictwo

1. Cohen-Mansfield J, Billig N. *Agitated behaviours in the elderly. I: A conceptual review.* J. Am. Geriatr. Soc. 1998; 36: 7–12.
2. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. *Dementia and agitation in nursing home residents: how are they related?* Psychol. Ageing 1990; 5: 3–8.
3. Beck C, Frank L, Chumbler NR, O'Sullivan P, Vogelpohl TS, Rasin J, Walls R, Baldwin B. *Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents.* Gerontologist. 1998; 38: 189–198.
4. Menon AS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Kaup B, Loreck D, Itkin Zimmerman S, Burton L, German P, Magaziner J. *Relationship between aggressive behaviors and depression among nursing home residents with dementia.* Int. J. Geriatr. Psychiatry 2001; 16: 139–146.
5. Marin DB, Green CR, Schmeidler J, Harvey PD, Lawlor BA, Ryan TM, Aryan M, Davis KL, Mohs RC. *Noncognitive disturbances in Alzheimer's disease: frequency, longitudinal course, and relationship to cognitive symptoms.* J. Am. Geriatr. Soc. 1997; 45: 1331–1338.
6. Shah AK. *Violence and psychogeriatric inpatients.* Int. J. Geriatr. Psychiatry 1992; 7: 39–44.
7. Ott BR, Tate CA, Gordon NM, Heindel WC. *Gender differences in the behavioral manifestations of Alzheimer's disease.* J. Am. Geriatr. Soc. 1996; 44: 583–587.
8. Ott BR, Lapane KL, Gambassi G. *Gender differences in the treatment of behavior problems in Alzheimer's disease.* SAGE Study Group. *Epidem. Neurol.* 2000; 54: 427–432.
9. Kolanowski AM, Garr M. *The relation of premorbid factors to aggressive physical behavior in dementia.* J. Neurosc. Nurs. 1999; 31: 278–284.
10. Kloszewska I. *Incidence and relationship between behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease.* Int. J. Geriatr. Psychiatry 1998; 13: 785–792.
11. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders.* Geneva: WHO; 1992.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. *Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.* J. Psychiatr. Res. 1975; 12: 189–198.
13. Mungas D, Marshall SC, Weldon W, Haan M, Reed BR. *Age and education correction of Mini Mental State Examination for English and Spanish – speaking elderly.* *Neurol.* 1996; 46: 700–706.
14. Józwiak A, Wiśniewska J, Wieczorkowska-Tobis K. *Zaburzenia pamięci u osób starszych oceniane testem Mini Mental Scale.* *Geront. Pol.* 2000; 8: 46–50.
15. Helmes E. *Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES).* *Psychopharmacol. Bull.* 1988; 24: 733–745.
16. Helmes E, Csapo KG, Short JA. *Standardization and validation of the Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES).* *J. Gerontol.* 1987; 42: 395–405.

17. Bidzan L, Bidzan M. *Ocena rzetelności polskiej wersji językowej Wielowymiarowej Skali Obserwacji Badanych w Podeszłym Wieku (Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects – MOSES)*. Psychogeriatr. Pol. [w druku].
18. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. *The Neuropsychiatric Inventory. Comprehensive assessment of psychology in dementia*. Neurol. 1994; 44: 2308–2314.
19. Wood S, Cummings JL, Hsu M-A, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT. *The use of the Neuropsychiatric Inventory in Nursing Home residents*. Am. J. Geriatr. Psychiatry 2000; 8: 75–83.
20. Bidzan L, Bidzan M. *Ocena rzetelności polskiej wersji językowej Inwentarza Neuropsychiatrycznego – wersja dla ośrodków opiekuńczych (Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes)*. Psychiatr. Pol. 2005; 6: 1219–1229.
21. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS. *Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level*. JAMA 1993; 269: 2386–2391.
22. Schreiner AS. *Aggressive behaviors among demented nursing home residents in Japan*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2001; 16: 209–215.
23. Beck C, Frank L, Chumbler NR, O’Sullivan P, Vogelpohl TS, Rasin J, Walls R, Baldwin B. *Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents*. Gerontol. 1998; 38: 189–198.
24. Cummings JL. *The neuropsychiatry of Alzheimer’s disease and related dementias*. Martin Dunitz; 2002.
25. Parnowski T, Kotapka-Minc S. *Analiza obrazu psychopatologicznego otępienia alzheimerskiego i naczyniopochodnego*. Roczn. Psychoger. 1998; 1: 81–105.

Adres: Leszek Bidzan
Klinika Psychiatrii Rozwojowej,
Zaburzeń Psychotycznych
i Wieku Podeszłego AM
80-282 Gdańsk, ul. Srebrniki 1

Otrzymano: 21.06.2005
Zrecenzowano: 27.09.2005
Przyjęto do druku: 12.05.2006